

Astreinte mutualisée d'IDE de nuit entre plusieurs EHPAD Cahier des charges régional

Version janvier 2021

Les travaux menés dans le cadre de l'élaboration du PRS II ont notamment permis d'identifier deux points de rupture dans le parcours de la personne âgée:

La prise en charge de nuit et le week-end : cette fragilité résulte, d'une part, d'organisations inadaptées et parfois non suffisamment sécurisées en institution.

Une fréquence et une durée moyenne de passage aux urgences trop importantes : avec une durée moyenne de passage de 6h05 pour les 75 ans et plus contre 3h33 globalement au niveau régional.

Face à ce constat, l'ARS PACA a mis en place dès 2016, en amont des dispositions nationales, le dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit entre plusieurs EHPAD.

Ce dispositif vise à mettre en place une modalité expérimentale de présence d'infirmier(ère) la nuit sous la forme d'astreinte opérationnelle, mutualisée entre plusieurs structures, en réponse à des besoins identifiés par des professionnels et répondant au présent cahier des charges, afin d'éviter :

- * en situation programmée, une prise en charge défaillante au sein des structures, notamment pour l'accompagnement de fin de vie ;
- * en urgence, des hospitalisations inappropriées au seul motif de la nécessité de soins infirmiers.

Le présent cahier des charges vise à préciser les attentes et exigences de l'ARS s'agissant de cette modalité d'action.

I – Cadrage et préalable

A) Les pré-requis

Le périmètre géographique doit permettre, dans des conditions normales, de respecter les 30 minutes d'intervention de l'astreinte entre les différentes structures.

Les projets doivent s'appuyer sur une réelle dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre établissements d'un même territoire, recevant, ensemble, **au moins 150 résidents avec une modulation possible selon les territoires.**

Dans le cadre de la mise en place des CRT, les usagers du volet 2 devront être intégrés. Il est néanmoins à noter que les modalités d'intervention pourront différer (un CRT pourra mettre en place l'astreinte à destination des EHPAD du territoire et un autre dispositif nocturne pour les usagers suivis dans le cadre du volet 2)

Il est indispensable qu'une procédure de recours médical la nuit soit spécifiquement conçue pour ces soins infirmiers et organisée. Cette procédure sera élaborée en collaboration étroite avec le SAMU et l'équipe mobile de soins palliatifs.

Les établissements volontaires se chargeraient de mettre en place l'organisation des astreintes et des interventions de l'infirmière de nuit, notamment la mise à disposition des IDE. La subvention est allouée à un ESMS « porteur ».

Les ESMS participant au dispositif ne doivent pas disposer d'IDE de nuit dans leurs effectifs autorisés. Les établissements visés par le dispositif d'astreinte sont, les EHPAD ayant des pratiques suffisamment homogènes pour pouvoir être facilement harmonisées, favorisant ainsi la coordination des actions conduites par les IDE de nuit. Ce dispositif expérimental doit pouvoir s'envisager en partenariat avec des structures accueillant des personnes en situation de handicap (type MAS, FAM).

Les IDE participeront à l'astreinte sous la forme du **volontariat**. Il devra s'agir **d'IDE salariés des structures** ayant choisi de s'intégrer dans le présent dispositif d'expérimentation. Un temps de repos minimal le lendemain matin d'une astreinte de nuit devra être prévu.

B) Deux missions

L'IDE d'astreinte restera à la disposition des structures pour assurer **deux missions** :

1. Exécution des prescriptions médicales :

- ❖ En réponse à un risque pré-identifié avant même sa réalisation :
 - Protocoles par pathologies ;
 - Exécution de prescriptions personnalisées anticipées.
- ❖ En réponse à la survenue d'un risque ne pouvant être anticipé :
 - Exécution de prescriptions sur site par le médecin de garde ou du SMUR ;
 - Exécution des prescriptions à distance, uniquement par le régulateur du SAMU, en respect des recommandations HAS.

2. Traitement des appels qui lui parviennent conformément à des « situations d'urgence relative » prédéfinies :

- ❖ L'IDE jugera de la possibilité de traiter la situation à distance ou au contraire de se déplacer sur site. Elle gèrera alors la situation comme une prise en charge infirmière classique ;
- ❖ Cette prise en charge s'effectuera dans le champ des compétences infirmières et dans les meilleurs délais pour prendre les dispositions qui conviennent.

Ce dispositif n'exclut pas le recours au centre 15 en première intention, en fonction de la situation du résident ou en seconde intention par l'IDE d'astreinte, pour toute situation dépassant son champ de compétence.

C) Les conditions générales

- ❖ Définition de l'astreinte : l'astreinte est définie comme un temps hors poste de travail pendant lequel l'IDE se tient à disposition de la structure. Il est joignable à tout moment à un numéro spécifique et aux heures convenues dans la convention de partenariat.
- ❖ Heures d'astreinte infirmière : les nuits **de 20h à 8h, 365 jours par an** ; un temps de repos minimal le lendemain matin d'une astreinte de nuit doit être prévu.

La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, sera considérée comme temps de travail effectif. Le projet inclut les assurances des IDE d'astreintes lors des transports et des interventions.

- ❖ L'IDE participant à l'astreinte doit pouvoir faire valoir une expérience en gérontologie ou au minimum une formation dans ce domaine (vieillesse, troubles du comportement, approche gérontologique) et suivre une formation relative aux soins palliatifs / prise en charge de la fin de vie.

L'IDE ne peut exécuter que des prescriptions médicales écrites et signées (protocoles, prescriptions anticipées nominatives par le médecin traitant du résident, prescriptions du médecin intervenant la nuit, télé prescription par le régulateur du SAMU).

L'IDE d'astreinte aura accès au dossier de liaison d'urgence (DLU) tenu à jour et validé médicalement, à la liste des numéros utiles, aux transmissions et au local pharmacie de la structure.

D) Critères d'appel et champ d'intervention de l'IDE d'astreinte

*Signes d'appel :

- Résidents dyspnéique / encombrement / pauses respiratoires inhabituelles sans autre signe associé
- Fausse route / hématemèse / rectorragies / surveillance occlusion / vomissements
- Eléments perturbés chez le diabétique insulino-dépendant (nausée, fringale, sueurs ++, malaises, ...)
- Chute : malaise sans perte de connaissance – Plaie jambe – Douleur violente – Déplacements difficiles, ...
- Douleur aigue, inhabituelle ou protocole antalgique ou anxiolytique à initier
- Confusion : Agitation/Agressivité – Fièvre inopinée – Hypertension artérielle – Globe – Fécalome
- Nouveau traitement à mettre en route en urgence sur protocole préétabli.

*Actes techniques infirmiers : aspiration / aspiration endotrachéale / aspiration en fin de vie / injection / injection IM / perfusion / perfusion sous-cutanée stoppée / perfusion infiltrée / personnes dé-perfusée / sonde de gastrotomie bouchée.

III – Les modalités et le suivi du dispositif

A) Modalités de mise en œuvre du dispositif

Une fiche d'appel permettra la traçabilité et le suivi du dispositif. Le protocole d'appel pourra alors être réévalué et modifié si besoin au cours de l'expérimentation.

A chaque appel une fiche « appel » est renseigné par l'équipe de nuit de l'établissement. Celle-ci précise la date, l'heure et le motif d'appel. Lors des interventions, l'IDE y annotera le motif du déplacement, le soin réalisé et le temps d'intervention. Les fiches seront signées par l'équipe de nuit et contresignées par l'IDE d'astreinte. Celles-ci seront remises mensuellement à l'infirmière coordinatrice de la Résidence afin d'analyser l'activité et de rémunérer les déplacements.

B) Financement et durée du dispositif

Le financement de l'astreinte de nuit Le financement de l'astreinte de nuit s'établira **selon un coût à la place**, appliqué en fonction de la capacité du nombre d'EHPAD qui seront couverts par le dispositif.

Ce financement couvrira :

- Le coût des astreintes de nuit
- Le coût des interventions
- Le coût des transports
- Le coût supplétif de coordination infirmiers (planning, suivi, organisation)